

多文化共生コミュニケーションサポーター派遣申請書

年 月 日

一般財団法人岡山県国際交流協会 御中

TEL : 086-256-2914

FAX : 086-256-2489

申請者 医療機関等名

代表者職名

代表者氏名

印

次のとおり、多文化共生コミュニケーションサポーターの派遣を申請します。なお、下記事項について、遵守することを確約します。

記

- 多文化共生コミュニケーションサポーターが行う通訳及び付随する業務に関して、一般財団法人岡山県国際交流協会又は多文化共生コミュニケーションサポーターに責任を問うことはいたしません。
- 多文化共生コミュニケーションサポーターの個人情報については、支援対象者及び第三者に漏らしません。
- 依頼内容の急な変更やキャンセルの場合には、一般財団法人岡山県国際交流協会に直ちにその旨を告げ、適切な措置をとります。

依頼言語	語			
医療機関等（連絡） 責任者	所在地	〒（ ）		
	(ふりがな) 所属 / 氏名			
	電話番号		FAX	
	E-mail			
患者	(ふりがな) 氏名			
	国籍		性別	
	患者の同意 ※同意が得られない場合はその理由	患者の自署（サイン）		
	日本語レベル	<input type="checkbox"/> 全く話せない <input type="checkbox"/> ある程度話せる <input type="checkbox"/> 把握していない		
日時	(第1希望)	年 月 日 ()	時 分から	時 分まで
	(第2希望)	年 月 日 ()	時 分から	時 分まで
待ち合わせ		駐車場の有無	有・無 その他 ()	
診療科	科	【感染症の有無】(該当番号に○印) 1. 感染症にかかっている(疑いがある) (病名:) 2. 感染症ではない 3. 現時点では不明		
通訳内容	1. 一般外来 2. 検査結果の説明 3. 入院患者への事前説明 4. 入院患者の診療 5. 手術の説明 6. 緊急患者の診察 7. その他 具体的に記載してください。()			
患者の状況 または特記事項	※通訳の参考となる資料がある場合は添付してください。			